

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Martini Ziekenhuis

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Datum 03 DEC. 2013
Betreft Uw brief van 20 oktober 2013 betreft Geriatrische Revalidatiezorg

Kenmerk
167880-112898-CZ

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Geachte heer F , heer van der H,

Hartelijk dank voor uw brief waarin u uw zorgen deelt over de knelpunten die u momenteel ervaart door de overheveling van de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) van de AWBZ naar de Zvw.

Zoals u aangeeft in uw brief is tot de overheveling besloten, zodat een meer gespecialiseerd aanbod van geriatrische revalidatiezorg zich kan ontwikkelen, de overgang binnen de keten van ziekenhuis naar huis soepeler verloopt en meer zorg op maat kan worden aangeboden aan kwetsbare ouderen, waarmee de GRZ aan kwaliteit en doelmatigheid wint. Maar, zoals vaak met een overheveling, komen er zaken naar voren zoals u die ook in uw brief noemt, waarbij moet worden bezien hoe deze passen in de nieuwe situatie. Allereerst ga ik in op de door u gesignaleerde zaken, daarna zal ik toelichten wat onze werkwijze is geweest teneinde de overheveling zo goed mogelijk te voltooien.

U geeft aan dat u de eis dat GRZ altijd direct volgt op een ziekenhuisopname een groot knelpunt vindt. U staat hier niet alleen in. Momenteel wordt bekeken of de huisarts, eventueel met tussenkomst van een geriatrisch specialist, direct kan doorverwijzen naar de GRZ indien ziekenhuisopname evident overbodig is. In afstemming met de Koninklijke Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG) is de Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie (NVKG) gevraagd om dit te onderzoeken en hier de relevante zorginhoudelijk deskundigen bij te betrekken. De Tweede Kamer zal begin volgende jaar over het onderzoek geïnformeerd worden.
Achterliggende reden van de genoemde eis is dat de GRZ de integrale en multidisciplinaire zorg omvat zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. Het is belangrijk dat deze gespecialiseerde zorg beschikbaar is en blijft voor patiënten die daarop – gelet op hun complexe én acute problematiek - zijn aangewezen (bijvoorbeeld na een hersenbloeding of botbreuk). Daarom is de aanspraak op GRZ helder afgebakend: waar in de AWBZ



Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

aanspraak doorgaans een ziekenhuisopname aan het GRZ traject vooraf ging, is ziekenhuisopname nu vereist. Hierdoor blijft deze specialistische zorg beschikbaar voor de mensen die daar echt op aangewezen zijn. Voor mensen die wellicht wel baat hebben bij GRZ maar voor wie dit niet noodzakelijk is, is het van belang dat de eerstelijns zorg zich verder ontwikkelt om kwetsbare ouderen de zorg te kunnen bieden die zij nodig hebben.

U geeft in uw brief daarnaast aan dat door de nieuwe aanspraak in de Zvw er diverse groepen patiënten tussen wal en schip dreigen te vallen:
Als eerste noemt u *thuis wonende -veelal kwetsbare- patiënten die revalidatiezorg behoeven maar waarvoor medisch specialistische revalidatie een té zware belasting is.*
Deze groep patiënten heeft wellicht baat bij GRZ, maar is daar niet noodzakelijkerwijs op aangewezen en hoort in de eerste lijn behandeld te worden. De eerste lijn moet doorontwikkelen om 'de kwetsbare oudere' goed op te kunnen vangen. De GRZ is té specialistisch voor deze doelgroep.

Als tweede punt noemt u *patiënten waarbij tijdens het -veelal korte- ziekenhuisverblijf niet kan worden bepaald of zij na revalidatie terug naar huis kunnen.*
Wanneer de kans bestaat dat door het ontvangen van geriatrische revalidatie de functionele beperkingen dusdanig worden verminderd dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is, dan is de patiënt aangewezen op GRZ. Deze kans is niet exact te formuleren, maar de praktijk leert dat het om het merendeel van de mensen gaat. Er is dan geen sprake van een contra-indicatie voor GRZ. Wanneer tijdens de GRZ behandeling toch blijkt dat de patiënt verslechterd en terugkeer naar huis niet meer mogelijk is, kan er voor na het GRZ traject een AWBZ verblijfsindicatie worden aangevraagd.

Als derde punt noemt u *kwetsbare ouderen waarvan duidelijk is dat ze niet meer naar huis kunnen, maar nog wel revalidatie nodig hebben.*
Cliënten die na opname in het ziekenhuis voor een medisch specialistische interventie aangewezen zijn op multidisciplinaire revalidatie kunnen gebruik maken van ZZP9b als zij als gevolg van ernstige stoornissen en beperkingen onvoldoende leerbaar, trainbaar en belastbaar zijn en niet terug kunnen keren naar huis (of verzorgingshuis).
Daarnaast noemt u *ouderen die in het ziekenhuis délirant zijn geworden die ook buiten de criteria voor GRZ vallen.*
Een acuut delier is een ernstig symptoom van onderliggende ziekte en vereist adequate medisch-specialistische diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis. Als er sprake is van een delier is het aannemelijk dat er sprake is van kwetsbaarheid (en waarschijnlijk ook multimorbiditeit). De patiënt kan na behandeling van het delier en de onderliggende medische problematiek in het ziekenhuis, in aanmerking komen voor verwijzing voor GRZ, wanneer er een kans bestaat op terugkeer naar de thuissituatie.

Als vierde punt noemt u *patiënten die in aanmerking komen voor medisch specialistische revalidatie waarbij de behandeling in het ziekenhuis is afgerond, die nog niet belast mogen worden en die niet naar huis kunnen.*
U beschrijft hier patiënten die behoefte hebben aan herstelzorg. De GRZ is hier niet voor bedoeld. Herstelzorg is verwerkt in de DBC van het ziekenhuis. Indien



Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
167880-112898-CZ

het gewenst is dat verpleeghuizen deze zorg overnemen moet het ziekenhuis afspraken maken over het bieden van herstelzorg en de bekostiging daarvan.
Bij dit punt noemt u ook *de minder belastbare patiënt, die gedurende de eerste fase van herstel goed binnen de GRZ past, maar later in het revalidatietraject meer baat zal hebben bij MSRZ.*
Wanneer gedurende de behandeling de medische omstandigheden van de cliënt veranderen en hiermee de indicatie veranderd kan het zorgaanbod hierop aangepast worden. Beide zorgaanbieders openen een eigen DBC voor deze cliënt. Het is echter niet mogelijk om voor eenzelfde zorgvraag de patiënt te behandelen voor zowel MSR en GRZ. Het is daarnaast ook niet wenselijk vanuit doelmatigheidsoogpunt om te wisselen tussen MSRZ en GRZ. Bij de verwijzing/ indicatiestelling in het ziekenhuis is het dan ook van belang dat er goed gekeken wordt naar de trainbaarheid van een patiënt alvorens deze te plaatsen in de MSR of GRZ. Consultatie voor specifieke vragen over en weer is natuurlijk wel mogelijk.

De verschillende categorieën patiënten zoals door u benoemd zijn tevens via diverse veldpartijen bij ons onder de aandacht gebracht. In de Kamerbrief van 3 juli 2013 over de GRZ[1] is uiteengezet hoe wij vervolg hebben gegeven aan deze signalen uit het veld. Tevens wil ik u attenderen op de veelgestelde vragen en antwoorden over de GRZ die te vinden zijn op: www.dbcgrz.nl/ en www.cvz.nl.

Ik stel het erg op prijs dat u uw ervaringen met ons heeft gedeeld. De betrokken beleidsmedewerker op het GRZ dossier zou graag een keer langskomen om te spreken over de door u aangedragen problematiek.

Hopelijk u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
de directeur Curatieve Zorg,

drs. Veronique J.W.C. Esman-Peeters

[1] Vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 366